

CONSENT TO RELEASE INFORMATION
PERMISO A DAR INFORMACIÓN

Name: _____ **Birth date:** _____
Nombre *Fecha de nacimiento*

I, the undersigned, hereby authorize _____
to release, obtain, and/or exchange timely and relevant information regarding the above named parent/child with: *Yo, el firmante,*
autorizo el dar, obtener y/o intercambio de información en una manera oportuno y relevante en referencia al padre/hijo nombrado
arriba con:

Name of Person and/or Institution *Nombre de la persona y/o Institución*

Address *Dirección* **City** *Ciudad* **State** *Estado* **Zip Code** *Código Postal*

This information may contain copies of the IEP; social and family history; school records; medical or dental care; clinical notes; educational assessment; programming and services; agency intervention, participation and progress; and/or diagnostic test pertaining to the above named client's evaluation and treatment. If additional information is necessary, please specify: *Esta información puede incluir copias del IEP; historia social o de familia; historia escolar; cuidado médico o dental; notas clínicas; evaluación educativa; programas y servicios; intervención por agencia; participación y progreso, y/o exámenes diagnósticos y tratamientos y/o evaluaciones perteneciente al cliente mencionado arriba. Si mas información es necesario, por favor especifique:*

This authorization will expire in 365 days from the date of the signature, except as specified here: *Esta autorización expira 365 días de la fecha que se firma, excepto como está especificado aquí:*

(specify number days, month. or date) *(especifique el número de días, mes o fecha)*

At that time, no express revocation shall be needed to terminate my consent, but I understand that I may revoke this consent at any time by sending a written notice to the attention of: _____ of the Drake University Head Start programs. I understand that any release of information made prior to my revocation of consent as provided for in this paragraph will not be a violation of my rights to confidentiality. I understand that I may review the disclosed information by contacting _____ of the Drake University Head Start Programs.

A ese tiempo, no se necesitará ninguna revocación de mi consentimiento, pero si entiendo que puedo revocar este consentimiento a cualquier tiempo por escrito a la atención de: _____ de los programas Head Start de la universidad de Drake. Entiendo que cualquiera información que fue dada anteriormente al revocar mi consentimiento como listado en este párrafo, no es una violación de mis derechos a la confidencialidad. Entiendo que puedo revisar la información revelada a cualquier tiempo por contactando a _____ de los programas Head Start de la universidad de Drake.

Signature of Client or Legal Guardian *Firma del cliente o guardián legal* Date *Fecha*

Address *Dirección* City *Ciudad* State *Estado* Zip Code *Código Postal*

Relationship, if not the client *Relación, si no es el cliente* Witness *Testigo*

Specific Authorization for Release of Information Protected by State or Federal Law
Autorización Específica para dar Información Protegida por Ley Estatal o Federal

I specifically authorize the release of data and information relating to: (choose only one)*
*Autorizo el dar la información especificada y teniendo que ver con: (escoge solamente uno)**

- _____ 1. Substance Abuse ** (Alcohol/Drug Abuse)
*Abuso de sustancia ** (Bebida/Drogas)*
- _____ 2. Mental Health*** (Including Psychological Testing)
*Salud Mental*** (Incluyendo Exámenes psicológicos)*
- _____ 3. HIV-Related information (AIDS Related Testing)
Información relatada al HIV (Exámenes relatados al SIDA)

* If more than one (1) choice is required, another form must be completed.
Si más de una (1) opción es requerida, otro formulario tendrá que ser completado.

Signature of Client or Legal Guardian *Firma del Cliente o el Guardián Legal* Date *Fecha*

In order for the above information to be released, you must sign here and above.

En orden para que la información pueda ser dada, se tiene que firmar aquí y arriba.

DISCLOSURE AND REDISCLOSURE
REVELACIÓN

Iowa and Federal Law provides that any disclosure or redisclosure of substance abuse, alcohol or drug, mental health, or HIV/AIDS-related information must be accomplished by the following written statement:

Las leyes de Iowa y las leyes Federales proveen que cualquiera revelación de abuso de sustancia, alcohol o drogas, salud mental, o información relatada al HIV debe ser logrado por el comunicado escrito siguiente:

This information has been disclosed to the recipient from records protected by Federal confidentiality rules for alcohol/drug abuse records (42 CFR Part 2), state law for mental health records (Iowa Code, Chapter 228), and/or state law for HIV records (Iowa Code, Chapter 141). These rules/laws prohibit the recipient from making any further disclosure of this information unless further disclosure of this information is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertain or as otherwise permitted by law. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. Civil damages and criminal penalties may be applicable to the unauthorized disclosure of this information. The federal rules (42 CFR PART 2) relating to alcohol/drug records restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Esta información ha sido revelada al receptor de documentos protegidos por leyes de confidencialidad Federales para los archivos de abuso de alcohol/drogas (42 CFR Parte 2), leyes estatales para archivos de salud mental (Código de Iowa, Capítulo 228), y/o leyes estatales para archivos de HIV (Código de Iowa, Capítulo 141). Estas leyes prohíben que el receptor revele esta información a menos que las revelaciones sean permitidas por el consentimiento escrito de la persona a quien la información se refiere o por otras maneras permitidas por la ley. Una autorización general de la salida de información médica o otra información no es suficiente para este propósito. Daños civiles y pena criminal podrían ser aplicables a una revelación no autorizada de esta información. Las reglas Federales (42 CFR Parte 2) respecto a los archivos del abuso de alcohol/drogas limitan el uso de esta información para investigar o procesar a un paciente de alcohol o drogas.

See also Chapter 28 of the Iowa Code and Section 141.23 (3) of the Iowa Code and other applicable laws.

También refiera a Capítulo 28 del Código de Iowa y Sección 141.23 del Código de Iowa y otras leyes aplicables.

This form does not authorize redisclosure of Medical information beyond the limits of the consent.

Este formulario no autoriza la revelación de información médica fuera de los límites de consentimiento.

****Only the subject can authorize release of substance abuse information unless the subject is of such age and mental maturity that they are able to authorize release.**

****Solamente el sujeto puede autorizar la salida de información del abuso de sustancias a menos que el sujeto tenga la edad y madurez mental que permita la autorización de la salida.**

***** Only a person of 18 years of age or older or a legal guardian can authorize release of mental health information.**

***** Solamente una persona que tenga 18 años o más o un guardián legal puede autorizar la salida de información de salud mental.**